PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol		GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech.		
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE.
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM.	VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. PUECH	MM. RAYMOND
RAUZIER	VALLOIS	VIRES
LAPEYRE	MOURET	IMBERT
MOITESSIER	GALAVIELLE	BERTIN-SANS
DE ROUVILLE		

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président.*	MM. VALLOIS, *agrégé.*
PUECH, *professeur.*	IMBERT (L.), *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Pour leurs sacrifices, pour leur amour.

A MON FRÈRE

Pour son affection.

A MES SŒURS

Pour leurs soins, pour leur dévouement.

H. DRAVET.

A MES PARENTS

A MES AMIS

H. DRAVET.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR ESTOR

A mon Maître

M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ PUECH

H. DRAVET.

Avant de soumettre ce modeste travail à l'indulgence de nos juges, qu'il nous soit permis de remercier ici, publiquement, tous ceux qui se sont intéressés à nos études médicales.

Nous adressons nos remerciements les plus sincères aux professeurs de l'Ecole de Marseille, qui dirigèrent nos premières armes avec tant de sollicitude.

Qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à nos Maîtres de Montpellier, pour le savant enseignement que nous avons reçu d'eux dans la dernière année de nos études.

Que M. le professeur-agrégé Puech daigne agréer l'hommage de notre respectueuse gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en nous indiquant le sujet de ce travail. Il poussa la bonté jusqu'à nous faire profiter de ses hautes lumières pour puiser dans les livres étrangers. Nous n'oublierons pas les marques d'intérêt qu'il nous a prodiguées.

M. le professeur Estor voudra bien nous permettre de lui exprimer tous nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Au mois d'août de l'année dernière, M. le professeur-agrégé Puech opérait, pour un kyste dermoïde de l'ovaire droit, une femme entrée dans le service de la clinique obstétricale et gynécologique. Trois mois auparavant, notre Maître avait été appelé auprès de cette femme, en travail, par le médecin de la localité où elle réside, en raison des difficultés grandes, créées par le kyste, à la terminaison de l'accouchement. A la suite de l'ablation de la tumeur, une nouvelle grossesse s'est produite : arrivée à l'heure actuelle, au quatrième mois, cette dernière évolue normalement, et tout fait prévoir que, cette fois, un accouchement heureux la terminera.

De cette observation nous avons pris texte pour étudier les complications apportées à la grossesse et à l'accouchement par les kystes dermoïdes de l'ovaire.

Les rapports des kystes de l'ovaire avec la puerpéralité sont aujourd'hui bien connus, grâce aux nombreux travaux que cette intéressante question a suscités. Mais aucun de ces derniers n'a trait spécialement aux kystes dermoïdes. A l'aide des observations que nous avons pu recueillir, nous avons essayé de montrer les particularités offertes par la grossesse et l'accouchement compliqués par la présence de cette variété de tumeur kystique de l'ovaire.

Nous donnerons tout d'abord le fait inédit qui nous a été communiqué par M. Puech, et qui a été le point de départ de notre travail. Puis, après avoir rappelé, en nous mettant au point de vue qui nous occupe, les principaux caractères des kystes dermoïdes de l'ovaire, nous passerons successivement en revue les rapports réciproques de la grossesse et des kystes ; les rapports de ces kystes avec l'accouchement et la délivrance. Deux chapitres spéciaux seront ensuite consacrés : l'un au diagnostic des kystes dermoïdes pendant la grossesse et l'accouchement ; l'autre à la conduite à tenir.

KYSTES DERMOÏDES

DE L'OVAIRE

COMPLIQUANT LA GROSSESSE

Observation Première

(Inédite)

Communiquée par M. le Professeur agrégé Puech

Pag... Julie, 26 ans, primipare, domiciliée à G... (Hérault).

Antécédents héréditaires et personnels excellents. Pas de maladies antérieures.

La menstruation s'est établie à l'âge de 14 ans ; depuis, elle s'est montrée toujours très régulièrement, durait de trois à quatre jours et était assez abondante en même temps qu'un peu douloureuse. Dans l'intervalle et de temps en temps, quelques pertes blanches.

Mariée depuis un an, elle est devenue grosse 3 mois après. A part quelques varices qui se sont montrées sur le membre inférieur droit à partir du quatrième mois, *la grossesse a été absolument normale :* il n'y a jamais eu de phénomènes de compression, ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum.

Le samedi 5 mai 1900, dans la matinée, au terme de la

grossesse, apparition des premières douleurs de l'accouchement. Ces douleurs restent faibles et espacées toute la journée ; et ce n'est que le soir que, ces douleurs devenant plus fortes, la sage-femme est appelée. Après examen, celle-ci constate que le col et la partie fœtale ne sont pas accessibles.

Toute la nuit du samedi au dimanche et toute la journée du dimanche, les douleurs se produisent régulièrement et assez énergiquement ; dans la soirée du dimanche, rupture spontanée de la poche des eaux. Le travail ne paraissant toutefois faire aucun progrès, on prie le médecin de la localité de venir voir la parturiente. L'examen auquel il se livra ne lui fournit que des constatations peu nettes : le col difficilement accessible lui semble dévié en avant et à gauche ; l'excavation est occupée en arrière par une masse ronde et assez résistante ; d'autre part, à travers le col, on avait la sensation de petites parties fœtales (mains ou pieds ?). Aussi en me faisant appeler le lundi matin pour terminer cet accouchement, mon confrère croyait-il avoir affaire à une grossesse gémellaire avec un fœtus se présentant par le sommet, l'autre par le siège ou l'épaule.

Quand, à une heure de l'après-midi, je procédai à mon tour à l'examen de la femme, je fis les constatations suivantes :

Femme fatiguée, pouls à 104 ; température, 37°2. Les contractions utérines sont faibles et espacées et permettent de pratiquer assez facilement dans leurs intervalles, l'exploration de l'abdomen.

L'utérus, dont le grand axe est dirigé longitudinalement, a son fond très élevé. Au niveau de la région épigastrique, on perçoit très nettement le ballottement de la tête fœtale : du côté gauche on sent le dos ; à la région hypogastrique

on trouve le siège du fœtus, un peu déjeté vers la fosse iliaque gauche. En explorant profondément la fosse iliaque on a une sensation de résistance assez grande.

L'auscultation, pratiquée avant de procéder au toucher vaginal, m'apprend que le fœtus est vivant.

Après avoir fait placer la femme en position obstétricale et introduit dans la vessie une sonde molle qui n'accusa que très peu d'urine, je fis le toucher vaginal. A peine l'orifice du vagin franchi, le doigt tombe sur une tumeur remplissant aux trois-quarts l'excavation pelvienne. Cette tumeur, arrondie, lisse, de consistance plutôt molle, n'offre pas de fluctuation ; elle semble provenir de la paroi postérieure du bassin, et repousse fortement en avant vers le pubis la paroi postérieure du vagin. Le doigt glisse dans l'étroit canal qui existe entre la tumeur et le pubis, arrive difficilement au niveau du col, haut placé, et qui me parut à peu près complètement dilaté. A travers ce col je sentis très nettement un des pieds du fœtus.

Par le toucher rectal, je pus me rendre compte que la tumeur était complètement indépendante des parois de l'excavation.

Bien que la tumeur présentât une consistance plutôt molle en l'absence de fluctuation, je pensai que j'avais affaire à une tumeur fibreuse sous-séreuse développée au niveau du segment inférieur.

Avec ce diagnostic, dans l'espoir que le cône pelvien du fœtus pénétrant dans l'excavation faciliterait le mouvement ascensionnel de la tumeur, j'allai saisir le pied que j'avais sorti au niveau du col, et avec lui j'abaissai le membre correspondant (membre inférieur gauche).

La femme fut replacée dans son lit et nous laissâmes pendant deux heures agir les contractions utérines.

Au bout de ce temps je constatai que la situation

n'avait pas changé : la tumeur encombrait toujours l'excavation et le siège n'avait aucune tendance à s'engager. En raison de l'état de la femme, je ne crus pas devoir différer plus longtemps l'intervention, et me mis en mesure de terminer l'accouchement.

J'essayai tout d'abord de refouler la tumeur au-dessus du détroit supérieur : la femme ayant été placée sur une table et anesthésiée par mon confrère, j'introduisis la la main gauche dans les voies génitales et avec cette main, j'appuyai fortement sur la tumeur, tandis qu'avec l'autre je tirai légèrement sur le membre inférieur du fœtus précédemmentabaissé. Ces manœuvres restèrent sans résultat.

Je me voyais dans la nécessité de pratiquer une opération césarienne, à laquelle j'avais beaucoup de peine à me décider, étant donné le milieu où je me trouvais, la longue durée du travail, la négligence, jusqu'à l'arrivée du médecin, des plus élémentaires précautions d'antisepsie.

Aussi, avant de l'entreprendre, espérant qu'en ce qui concernait la nature de la tumeur j'avais peut-être commis une erreur de diagnostic, comme cela arrive si souvent en pareils cas, je pratiquai par le vagin une ponction. Cette ponction, faite avec un trocart ordinaire, amena l'écoulement d'un liquide puriforme (environ cinq ou six cents grammes) et l'affaissement presque complet de la tumeur.

Les voies génitales étant libres, je procédai alors à l'extraction du fœtus. La sortie du siège s'opéra aisément : le relèvement des bras rendit déjà plus difficile le passage des épaules ; mais ce fut surtout pour extraire la tête dernière, que se rencontrèrent les plus grosses difficultés. Quand enfin j'eus amené dehors cette tête, l'enfant.

vivant jusque-là, avait succombé : c'était un garçon de très gros volume.

Délivrance sans incident. Abondantes injections intra-utérines, chaudes et antiseptiques.

Les suites de couches ont évolué normalement. Le sixième jour, la malade attirait l'attention de son médecin sur une tumeur du volume du poing occupant la fosse iliaque droite et qui rapidement atteignait le volume que je lui trouvais lorsque, le 1er août, elle entra sur mes conseils dans le service de la clinique obstétricale et gynécologique. Le 21e jour, la malade s'est levée : pendant les premiers temps elle éprouvait de la gène pour marcher ; il existait encore des douleurs dans l'abdomen, particulièrement au niveau de la région occupée par la tumeur ; pas de troubles de la défécation ; la miction est un peu douloureuse à la fin. – En juin et juillet, menstruation normale.

Le 5 août, je pratiquai par la laparotomie l'ablation de la tumeur : pas d'incidents opératoires. L'examen de la tumeur, qui avait le volume d'une tête d'enfant de 5 ans, montra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, renfermant de nombreux cheveux libres dans le liquide, mais pas de productions cartilagineuses et osseuses.

Quatre semaines après, la malade quittait le service complètement rétablie.

Je l'ai revue dans les derniers jours d'avril : les règles, qui avaient eu lieu normalement depuis l'opération, se sont montrées pour la dernière fois le 25 décembre. A l'exploration, on constate un utérus gravide de quatre mois.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'étudier les conséquences qu'entraîne, chez la femme enceinte, la présence d'un kyste dermoïde de l'ovaire, il nous paraît utile d'en rappeler, en quelques mots, les principaux caractères. Nous n'avons pas la prétention de faire, ici, un chapitre complet d'anatomie pathologique. C'est ainsi que nous laisserons de côté, malgré tout l'intérêt qu'elle comporte, la discussion sur la genèse de ces néoplasmes. Considérant seulement le côté pratique de la question, nous ne relèverons que les particularités anatomiques capables d'expliquer les divers accidents observés pendant la grossesse ou le travail, et dont la considération guidera la conduite de l'accoucheur : fréquence, siège, forme, volume, consistance de la tumeur, présence ou absence de pédicule et d'adhérences : tels sont les points principaux à mettre en relief.

Fréquence. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire sont plus rares que les mucoïdes. On les rencontre cependant plus souvent comme complications de la grossesse ; dans la proportion de 1 pour 6, suivant Vinay (1) : « Sans doute, dit-il, parce que, quoique, la plupart du temps, la tumeur

(1) Maladies de la grossesse.

soit antérieure à la fécondation, les changements que lui imprime cette dernière mettent son existence en évidence. » Mangin (*la Gynécologie*, 15 juin 1896) a attiré aussi l'attention sur la fréquence des kystes dermoïdes, complication de la grossesse : « Rémy (1) avait déjà cité cette fréquence. C'est ainsi qu'il en trouve 58 cas ; toutefois il ne donne pas le nombre exact des faits observés. Si l'on fait approximativement le total des cas où le diagnostic a pu être établi par ovariotomie, ponctions, incision, opération césarienne, on arrive à un chiffre certainement inférieur à 200, ce qui donne une proportion de 30 p. 0/0. Dans les faits récents publiés depuis la thèse de Rémy (Paris 1886), nous avons trouvé 47 observations avec 17 kystes dermoïdes. Dans quelques cas de kyste à pédicule tordu on ne signale pas la nature du kyste, mais on parle de liquide grumeleux ! La proportion de 36 p. 0/0 est donc inférieure à la réalité. On est loin, on le voit, du rapport habituel des kystes dermoïdes aux autres kystes de l'ovaire, qui est de 3,5 p. 0/0 d'après la statistique d'Olshausen, portant environ sur 3.000 cas. »

Volume. — Les kystes dermoïdes restent le plus souvent inclus dans l'excavation pelvienne, conséquence obligée de leurs faibles dimensions ; leur volume ordinaire est celui d'une tête de fœtus. « Ils atteignent rarement et ne dépassent presque jamais la grosseur d'une tête d'adulte ». (Pean) (2). On les voit quelquefois réduits au volume d'un œuf, et on en a même observé dans des ovaires de dimensions normales. Péan, dans ses leçons de clinique chirurgicale, cite

(1) Thèse d'agrégation, 1886.

(2) Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, t. III.

le cas d'un kyste dermoïde qui, en quatre ans, était arrivé à avoir le volume d'une pomme d'api, à tel point qu'il était impossible de sentir aucune tumeur appréciable à travers l'abdomen, le vagin ou le rectum.

Giraldès dit, à propos de deux tumeurs qu'il a enlevées, n'avoir pu recueillir que trois exemples de productions dermoïdes de l'ovaire atteignant des dimensions exceptionnelles : ils appartiennent à Dupuytren, Young et Higmore. Nous pourrions en rapprocher nos observations XVI et XXVI, où le poids de la tumeur égalait 6 et 19 kilog.

« Dans le cas de kyste dermoïde à volume considérable, on remarque d'ailleurs, la plupart du temps, à l'opération qu'ils avaient subie des modifications profondes, par suite d'une inflammation séreuse ». (Lesourd, thèse de Paris, 1896).

Mais, disons-le tout de suite, les petits kystes ne sont pas les moins dangereux. Restés d'autant mieux intra-pelviens que leurs faibles dimensions leur permettent d'évoluer tout entiers dans l'aire pelvienne, ils peuvent se comporter comme de véritables fibromes, et obturer tout le pourtour de l'excavation.

Siège. — Leur nocuité est donc plutôt fonction de leur siège. Restée intra-pelvienne, la tumeur se trouve habituellement en arrière dans la fosse de Douglas. On en a vu se loger dans le tissu cellulaire pelvien rétro-péritonéal. Ils peuvent, au même titre que les mucoïdes, s'enclaver dans le ligament large. L'observation X de Berthollet (thèse de Lyon, 1898), prise dans le service du professeur Hergott, peut être rapprochée d'une autre observation du même auteur (*Revue médicale de l'Est*, 1899), que nous rapporterons plus loin.

Ces faits d'inclusion sont rares. Rendu écrivait en 1896 : « N'en ayant jamais observé, je me suis livré à quelques recherches bibliographiques, d'où il ressort que c'est là un siège absolument exceptionnel ». Pozzi indique une observation de Sænger au IIIe congrès de Gynécologie allemande en 1889. Enfin, la revue de Hayem ne mentionne que deux cas : l'un d'Abel, l'autre de Ferrand. M. le professeur Tédenat, dans le *Montpellier médical*, du 13 janvier 1901, dit n'en avoir observé que deux cas. M. le professeur-agrégé Puech (communication orale) a opéré avec l'aide de M. le professeur Estor, une dame de 60 ans, qui avait un kyste dermoïde de la grosseur d'une tête d'enfant, inclus dans le ligament large gauche.

Ces kystes inclus peuvent occuper deux situations : les uns restent enclavés dans le petit bassin demeurant entre les feuillets ligamenteux, ou cheminant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; d'autres évoluent du côté de la cavité abdominale, entraînant avec eux le ligament large dont ils se forment une sorte de pédicule. Comme les kystes en général, ils peuvent donc être intra-pelviens ou abdominaux.

Terrillon (1) insiste sur la vascularisation exceptionnelle qui résulte de l'inclusion des kystes ovariques dans le ligament large. Il se produit là un développement anormal des artères, un élargissement des veines, qui, en cas de rupture du kyste, donnera lieu à une hémorragie plus considérable.

Adhérences. — Le plus ordinairement, les kystes dermoïdes restent en dehors du ligament large ; un pédicule

---

(1) Terrillon et Valat, *Arch. de Tocologie*, 1886, p. 807

les retient au bord supérieur de ce dernier, les fixe et les nourrit, pédicule dont la laxité permettra au kyste de remonter au-dessus du détroit supérieur, de dégager la filière pelvienne ; mais qui, par contre, pourra se tordre, se briser, saigner sous l'influence de la grossesse et du travail, surtout si la tumeur a contracté des adhérences avec l'utérus et les organes voisins. Le fait d'attaches nombreuses et solides est rapporté dans presque toutes les observations. Hergott : « C'est une tumeur blanche arrondie, située dans l'aileron moyen du ligament droit qu'elle distend, considérablement, surtout en arrière, où existent de nombreuses adhérences avec la paroi postérieure de l'excavation ». Péan rencontre une tumeur adhérente à l'os iliaque droit et au ligament large si intimément, qu'il fut obligé de l'attirer très fortement au dehors pour la détacher.

Contenu. — La nature du contenu du kyste dermoïde n'est pas moins intéressante à considérer. Ce contenu est formé le plus souvent d'une matière caséeuse, oléagineuse, solidifiable, en se refroidissant, rappelant la consistance du mastic ou du riz cuit. Les parois sont infiltrées par places de plaques calcaires dures et cartilagineuses. Des touffes de poils s'en détachent, des dents parfois nombreuses sont implantées sur des fragments d'os ou flottent dans la masse. Tous les rapports sur le contenu de la poche se ressemblent. Hergott : « La tumeur est formée par une coque fibreuse, résistante, contenant dans son intérieur de la matière sébacée, des poils et des plaques ostéo-cartilagineuses ». Dans notre observation XXIII on remarque la présence dans la paroi du kyste, d'une pièce cartilagineuse, ressemblant à un arythénoïde. En un mot, paroi et contenu unissent leurs caractères de solidité, pour

rendre la tumeur plus ou moins irréductible. D'où la conclusion de Ribemont, dans son traité (1) : « Les kystes dermoïdes, en raison de leur consistance, sont particulièrement dangereux quand ils sont immobilisés dans l'excavation ».

En quoi consistent ces dangers pour la mère et le fœtus aux diverses périodes de la grossesse ? Comment un kyste dermoïde agira-t-il sur la fécondation, la gestation, le travail ? A quel moment de la grossesse son action sera-t-elle plus marquée ?

La délivrance et les suites de couches peuvent-elles être troublées du fait de la présence d'un kyste dermoïde?

Telles sont les diverses questions que nous devons passer en revue.

I. — Influence du kyste dermoïde sur la grossesse

A). FÉCONDATION. – Les kystes dermoïdes n'empêchent pas la procréation d'une façon absolue. La gravidité a même été constatée dans le cas où les deux ovaires sont l'un et l'autre le siège d'une production kystique (Observations V et XV). Les statistiques de Weit et d'Olshausen portant sur les kystes ovariques de toute nature, accusent une proportion de stérilité variant de 34 à 15 pour 100. Il nous semble qu'à ne considérer que les kystes de nature dermoïde, on devrait arriver à une absence de fécondité plus fréquente. Nous voyons, en effet, dans nos

---

(1) Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique*. 1896.

observations, que ces kystes restent le plus souvent enclavés dans le cul-de-sac de Douglas; d'où, déplacement utérin, déviation du col en avant, inclinaison latérale. Autant de conditions peu favorables à la rencontre du spermatozoïde et de l'ovule. Aussi, quoique nous n'ayons pas trouvé d'exemple typique de femme atteinte de kyste dermoïde et ne devenant apte à la fécondation qu'après en avoir été débarrassée, il nous paraît intéressant de raisonner par analogie d'après le cas suivant : « M. le professeur Grynfeltt a communiqué au docteur Eustache, de Lille, qui l'a consignée dans son mémoire sur les kystes du vagin (*Archives de locologie*, 1878) une observation, dans laquelle la déviation du col de l'utérus par un kyste du vagin remplissant le cul-de-sac postérieur aurait été cause de stérilité ; en effet, le kyste enlevé, la fécondation eut lieu. Pourquoi un kyste dermoïde de l'ovaire occupant le même siège, amenant la même déviation, n'agirait-il pas d'une façon analogue ? »

Il est une conséquence plus grave des kystes dermoïdes au point de vue de la fécondation. Elle peut se faire, mais elle se fait mal. Les kystes dermoïdes, nous l'avons vu, contractent des adhérences avec les organes du voisinage. Qu'une bride rattache la tumeur à l'appareil tubaire, comme dans notre Observation XX, il y aura absence de rapport entre la trompe et l'ovaire, fausse route de l'ovule, d'où possibilité d'une grossesse extra-utérine. Rémy en rapporte un exemple dans l'appendice de sa thèse, p. 217. Nous n'avons pu retrouver aucun autre fait analogue. Cette observation montre en même temps toute la difficulté du diagnostic en pareil cas.

Observation II

(Rémy : Thèse de Paris, 1886. Agrégation)

« Mme D..., de constitution lymphatique, 20 ans, réglée pour la première fois à 14 ans, a eu son premier enfant en novembre 1883. Le 27 janvier 1884, après un voyage en chemin de fer, a eu une légère perte de sang qui cessa bientôt. On ne crut pas devoir appeler le médecin. Les dernières règles apparurent le 20 mai 1884. Depuis ce moment jusqu'au mois d'octobre 1884, c'est-à-dire jusqu'à 4 mois 1/2 de grossesse, la santé de Mme D... fut excellente.

Du 5 au 18 octobre, elle fut traitée pour une typhlite. Le 30, elle voulut faire un trajet de quelques kilomètres : elle fut prise de douleurs subites dans le ventre ; on la transporta chez elle. Le docteur Gilis vit la malade une heure après l'accident. Par le palper, on déterminait de la douleur au niveau de l'ovaire droit et de l'utérus. Au toucher, on pouvait constater la grande sensibilité du col ; il était chaud et fermé. Un traitement antyphlogistique, le repos, des injections vaginales tièdes firent cesser toute douleur en 10 jours.

Du 8 novembre 1884 au 24 avril 1885, rien de particulier à noter, sauf : 1° une prolongation de la grossesse qui devait être arrivée à 10 mois environ, si l'on faisait partir la grossesse de la première suppression, et même à peu près à 11 mois, si on la faisait remonter à la cessation des dernières règles ; 2° une gêne continuelle dans le flanc gauche, attribuée à la position transversale du fœtus, diagnostiquée par l'inspection, qui montrait un grand dévelop-

pement du ventre dans le sens transversal ; par le toucher, qui indiquait l'absence de la tête fœtale dans les environs du détroit supérieur, et par le palper, qui permettait de constater la tête à gauche et le siège à droite.

Le 21 avril, Mme D... fut prise de douleurs subites ; on crut à l'arrivée de l'accouchement et l'on appela les docteurs Vandermaissen et Rosette, qui constatèrent l'absence de tout travail et l'existence d'une inflammation du côlon ascendant. Le soir, à l'arrivée du docteur Gilis, les douleurs avaient cessé, la palpation en révélait encore à droite.

Le 27 avril, à 6 heures du matin, nouvel accès de douleurs partant de la région sous-hépatique, s'irradiant dans tout le ventre, jusque dans la jambe droite. L'accès apparaissait subitement et disparaissait de même, ne laissant après lui que de la sensibilité dans la région sous-hépatique et une douleur assez forte à la pression dans la région péri-ombilicale. Les accès furent attribués à la présence de calculs biliaires ; mais l'examen des selles ne vint jamais confirmer ce diagnostic. Le dernier accès eut lieu le 14 mai : on ne pouvait plus l'attribuer à la présence de calculs biliaires ; on devait plutôt penser à une inflammation de l'utérus, parce que les mouvements de l'enfant, excessivement fréquents, arrachaient des plaintes à la malade. Ces mouvements si fréquents du 15 au 17 mai cessèrent ce dernier jour et les battements du cœur du fœtus ne furent plus entendus.

A partir de ce moment, le ventre se développa rapidement. Le gros intestin dilaté par des gaz se dessinait parfaitement. A peine la malade pouvait-elle garder un peu de bouillon et de jus de viande, tant les vomissements étaient fréquents. Cet état dura jusqu'au 28 mai.

Ce jour-là, nous constatons les faits suivants : facies

altéré, teint jaunâtre, amaigrissement considérable, yeux saillants, cernés, pouls filiforme et accéléré. Température normale.

Examen du ventre. — Abdomen tendu à l'extrême ; la peau luisante semble sur le point de se déchirer. Le ventre ne présente aucune saillie. A travers la paroi abdominale tendue, on ne sent rien qu'une fluctuation plus profonde dans tous les points de l'abdomen, mais ne se transmettant guère d'un flanc à l'autre. Pas de mouvements actifs, pas de perception des bruits cardiaques.

Examen vaginal. — Le col est reporté en arrière ; il est légèrement ramolli, l'orifice externe est entr'ouvert et permet l'introduction de l'extrémité de l'indicateur qui constate l'existence de quelques fongosités. Le doigt ramène quelques débris membraneux et un peu de sang. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent que le col a une assez grande longueur et que l'utérus paraît avoir le volume de deux poings. L'organe entier occupe la ligne médiane et est légèrement incliné en avant. L'exploration des culs-de-sac ne fournit aucun renseignement : on ne sent absolument rien.

On pouvait donc conclure que s'il y avait grossesse, ce n'était pas en tout cas une grossesse utérine. D'un autre côté, une grossesse intra-utérine, sans douleur dans les premiers mois de la gestation, sans le moindre dérangement, sans déplacement de l'utérus plus tard, était un fait bien rare. En présence de la non-transmission nette du choc du liquide d'un côté à l'autre de l'abdomen, n'étant pas certain qu'il y avait grossesse extra utérine, nous devions admettre que nous avions affaire, ou à un kyste multiloculaire, ou bien à un kyste fœtal de l'ovaire.

Le 2 juin, une ponction est pratiquée sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Un liquide séreux, rougeâtre, s'écoule par le trocart. Le jet étant arrêté de temps en temps, on est obligé d'introduire un stylet boutonné dans le trocart, pour permettre l'écoulement d'une nouvelle quantité de liquide. On en obtient environ deux litres.

Le trocart retiré et la petite plaie oblitérée, nous pratiquons le palper abdominal. Grâce à la légère diminution du ventre, nous parvenons à sentir deux tumeurs solides dans le flanc, mais la distension est encore telle que les perceptions sont loin d'être nettes ; nous ne parvenons pas à en déterminer la nature.

L'état général de la malade empire ; nous nous décidons à pratiquer la gastrotomie. Le 4 juin, incision : on tombe sur un kyste fœtal ; sortie d'un liquide noirâtre et de gaz infects ; on extrait le fœtus. Le kyste étant bien adhérent, les intestins ne peuvent s'échapper. On nettoie.

Nous constatons alors que vers la droite il existe une cloison dont l'intégrité a été détruite partiellement par le sphacèle. Dans cette poche que l'on nettoie également, nous trouvons de véritables pelotes de cheveux. C'était bien le kyste dermoïde que nous avions perforé en ponctionnant l'abdomen pour rendre le palper plus facile.

Mort par hémorragie interne, 20 jours après l'opération.

Et Wasseige a soin d'ajouter dans ses conclusions : « La grossesse extra-utérine était évidemment abdominale. Nous pensons devoir l'attribuer, sans hésitation, au développement antérieur d'un kyste dermoïde qui aura permis la fécondation et aura empêché le germe de suivre le trajet habituel, de se développer dans l'utérus. »

Pareils cas sont heureusement l'extrême exception.

Ordinairement donc, la conception se fait normalement, l'œuf se greffe sur la muqueuse utérine, une grossesse normale existe à côté d'un kyste dermoïde.

Quel va être le sort de ces deux tumeurs évoluant en même temps ?

B). Pendant la grossesse. — 1° *Sur la mère.* — Les accidents sont quelquefois si peu marqués au début que le kyste dermoïde passera inaperçu jusqu'au terme de la grossesse, surtout quand le kyste est peu volumineux. Un kyste de la grosseur d'une orange, d'une tête de fœtus, placé à côté de l'utérus et même dans la cavité pelvienne, ne fera sentir sa présence que fort tard. Nous n'assisterons donc pas ici à ces phénomènes de compression intense du côté des organes abdominaux et thoraciques qui se présentent avec les gros kystes séreux comme dans l'observation de Rüge (*Beitrage für Geburd. u. Gyn.* Bd 11, p. 131) : « La femme souffrit de nombreux malaises, constipation, palpitations, dyspnée, douleur de côté, amaigrissement, dilatation énorme des veines ; l'ombilic faisait une saillie ; l'abdomen était pendant ».

Ici le tableau de l'état général est bien moins sombre : « Pendant les premiers mois de la grossesse, ma malade, dit Hergott (obs. XVII), eut quelques troubles stomacaux. Dans les derniers, la miction devint fréquente et douloureuse, léger œdème au niveau des malléoles. »

Cet état pathologique s'explique par la compression qu'exerce la tumeur dermoïde; abdominale, elle refoule les intestins et, par suite, comprime l'estomac et trouble les fonctions digestives ; pelvienne, elle appuie par sa base sur les vaisseaux iliaques, gêne la circulation de retour des membres inférieurs, amenant de l'œdème et des varices. Ce sont là des phénomènes habituels à la

grossesse ; la présence du kyste ne peut que favoriser leur apparition, puisque nous avons ici deux tumeurs au lieu d'une.

2° *Sur le fœtus.* — Les kystes dermoïdes agissent sur l'utérus et, par suite, sur le produit de la conception. Cette action diffère avec le siège du kyste. Un kyste dermoïde est ordinairement intra-pelvien avant la grossesse. Si la tumeur n'a pas contracté d'adhérences, ou si elles sont lâches, l'utérus en s'hypertrophiant repoussera le kyste au-dessus du détroit supérieur, occupera un côté de la cavité abdominale. Le kyste, logé du côté opposé, pousse l'utérus, l'incline à droite ou à gauche. La tumeur peut se placer en avant, en arrière, sur les côtés de l'utérus, quelquefois elle passe successivement par ces positions diverses ; comme le note Staube (Obs. XX) : « tumeur très douloureuse siégeant à droite de l'utérus gravide et à un examen postérieur passée en arrière de l'utérus ».

Ces modifications de situation de l'utérus gravide ne sont pas sans produire des malaises, des douleurs, des troubles vésicaux ; mais, de plus, cet utérus ainsi gêné dans son développement peut entrer prématurément en contraction, comme dans le cas de Martin (Obs. XXIX), où un kyste dermoïde de la grosseur des deux poings, adhérent au pourtour du détroit supérieur, empêchait l'utérus de monter et provoqua des symptômes d'avortement.

Si le kyste dermoïde est resté dans le cul-de-sac de Douglas, il rapporte en avant le segment inférieur de l'utérus qu'on rencontre par le toucher plus ou moins appliqué contre le pubis. Morse (Obs. XXXVI) : « la tumeur demi-solide remplit l'excavation pelvienne, le col est repoussé en haut et en avant, presque inaccessible ». Schroe-

der dit même avoir observé des cas de rétroversion et de prolapsus.

D'autres fois, c'est une déformation de l'utérus qui se produit ; c'est ainsi que Rosenthal trouva un utérus gravide déformé en outre, changement de forme qui était bien dû à la présence du kyste, puisque, la tumeur enlevée, l'utérus reprit aussitôt sa forme régulière. Si nous ajoutons que des adhérences entre la tumeur et la matrice peuvent tirailler l'utérus gravide et gêner son développement, nous comprendrons comment l'organe ainsi sollicité peut entrer prématurément en contraction Si ces symptômes d'avortement sont si peu souvent notés dans les observations (1 fois sur 36 cas), c'est que le plus souvent une intervention hâtive ne leur aura pas donné le temps de se manifester.

La même nécessité d'agir vite sera quelquefois imposée par les accidents qui se passent du côté du kyste, car la grossesse influe sur l'évolution du kyste.

II. — Influence de la grossesse sur le kyste dermoïde

C'est quelquefois une augmentation rapide de la tumeur qui se produit comme dans l'observation suivante :

Observation III

(Mangin. — *La Gynécologie*, 15 juin 1896, p. 221)

« Mme B..., 38 ans, réglée à 11 ans, règles douloureuses. Mariée à 18 ans, a eu cinq grossesses mauvaises. Chaque fois gardait le lit une grande partie du temps, souffrait du ventre, avait des troubles nerveux intenses.

Le dernier accouchement remonte à 11 ans. Depuis, troubles nerveux assez intenses, règles irrégulières, quelquefois très abondantes, pertes blanches, douleurs dans les reins.

Elle vient nous voir le 14 septembre 1891, se plaignant de douleurs assez vives dans le bas-ventre, de nausées, malaises datant de quelques mois; les dernières règles auraient eu lieu le 10 septembre. Il y a un an, a été traitée par l'électricité pour une métrite. Le médecin qui l'a examinée *à cette époque n'a rien trouvé du côté de l'ovaire.*

Ce médecin, habitué aux examens gynécologiques et qui à plusieurs reprises avait pratiqué le toucher bi-manuel avec beaucoup de soin, n'aurait pas laissé passer inaperçu un kyste du volume d'un œuf, facilement accessible chez une malade à parois abdominales flasques.

A l'examen local, nous trouvons le col gros, en ectropion, légèrement violacé et un peu mou. Au niveau de l'ovaire gauche, nous constatons une tumeur *d'un petit œuf de poule*, très mobile.

La métrite peut être cause de l'aspect légèrement congestionné du col; cependant, par précaution, nous demandons à voir la malade avec ses règles; elle nous revient le 15 octobre, ne les ayant pas eues. Le col est violacé et mou. Les nausées s'accentuent, les troubles nerveux également. L'ovaire gauche semble avoir légèrement augmenté de volume; il est tombé en arrière dans le cul-de-sac de Douglas et mobile. L'idée d'une grossesse extra-utérine ne nous arrêta pas longtemps, la tumeur était trop mobile, et absolument globuleuse; elle ne siégeait manifestement pas sur la trompe.

La malade est revue le 5 novembre ; les signes de grossesse s'accentuent, la tumeur, de son côté, a grossi ; elle

est du volume *d'une grosse orange* et toujours mobile.

Nous avons donc affaire à un kyste de l'ovaire se développant parallèlement à l'utérus. La mobilité et les douleurs nous faisaient pencher pour un kyste dermoïde, mais l'accroissement rapide en quelques jours nous fit porter le diagnostic de kyste proligère.

La laparotomie est décidée pour le 2 novembre : nous trouvâmes un kyste dermoïde pédiculé de la grosseur d'une orange, l'ovaire droit était sain Accouchement à terme d'un gros enfant ».

Et Mangin ajoute : « Voilà un kyste dermoïde qui se triple de volume en l'espace d'un mois et demi, tandis que l'évolution lente est la règle commune ; nous ne pouvons trouver d'explication à ce fait que dans le coup de fouet donné à l'organisme et particulièrement à l'appareil utéro-ovarien par la grossesse ».

La grossesse peut déterminer d'autres modifications graves du côté de la tumeur : inflammation, rupture, hémorragies, torsion ont été notées.

La rupture de la poche est plutôt un accident du travail que de la grossesse. Opitz (*Société d'Obst. et de Gynéc.* de Berlin, 27 octobre 1899), rapporte un cas de kyste dermoïde suppuré et rompu :

Observation IV

« Femme de 23 ans, très amaigrie, fébricitante et présentant une tumeur volumineuse de l'abdomen. Tout faisait croire à une tumeur maligne jusqu'au moment où un écoulement par l'intestin d'un liquide abondant, mélangé

de boules graisseuses vint éclairer le diagnostic : il s'agissait d'un kyste dermoïde suppuré pendant les suites de couches et ouvert dans l'intestin.

L'autopsie vint malheureusement confirmer le diagnostic. »

Quand l'accident de rupture se produit pendant la grossesse, c'est au début qu'il se présente. « Il résulte, comme le remarque Nepveu, de ce que les deux tumeurs, utérus et kyste, se gènent dans l'étroite filière du bassin ». (Leguen, *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 1898).

La torsion du pédicule peut se produire à toutes les époques de la grossesse, elle a ses moments de prédilection : « Dans le cas de kystes de l'ovaire compliquant la grossesse, la torsion est plus fréquente du deuxième au quatrième mois, devient plus rare à la fin de la grossesse, pour reprendre une fréquence relative au moment de l'accouchement ou pendant les suites de couches. » (Pinard, Société d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie. Séance du 2 mars 1900). Et Pozzi : « Les kystes dermoïdes y sont spécialement exposés pour peu qu'ils soient mobiles, à cause de leur poids considérable. » La tumeur ovarienne est alors refoulée, déplacée, et la torsion s'opère, amenant avec elle les complications les plus redoutables pour la mère et le fœtus : hémorragies du pédicule, inflammation du péritoine voisin, d'où menace d'avortement, « toutes inflammations de la séreuse, surtout de la séreuse utérine, amenant des contractions prématurées (1) ».

Voici une observation de Blazejcyk (Inaug. Dis. Greys-

(1) Leguen, *loc. cit.*

wald, 1898), où la torsion du pédicule nécessita la laparotomie.

Observation V

« Femme enceinte de deux mois, dont chacun des deux ovaires était le siège d'un kyste dermoïde. Les deux grossesses antérieures s'étaient terminées, l'une par un accouchement à terme avec enfant vivant, l'autre par un avortement.

Au deuxième mois de la grossesse, torsion du pédicule d'un des kystes avec hémorragie intra-kystique.

Laparotomie, ablation des deux tumeurs, avortement spontané, le troisième jour. »

La tumeur a pu échapper à tous ces accidents ; la grossesse a évolué jusqu'à terme, malgré la présence d'un kyste dermoïde. Le moment du travail est arrivé. C'est alors surtout que les kystes dermoïdes vont devenir redoutables.

III. — Influence du kyste dermoïde sur le travail

Et d'abord, quelle est leur influence sur la présentation ? « Il faut noter, dit Rémy, qu'une tumeur siégeant à la partie inférieure de l'abdomen peut, en déplaçant la tête, en l'éloignant du détroit supérieur, amener la production d'une présentation de l'épaule. » Nous n'avons noté aucun fait de ce genre dans les observations de kyste dermoïde. Dans le cas où le kyste dermoïde aurait déformé l'utérus,

la présentation sera défectueuse, en vertu de la loi d'accommodation. Mais ordinairement l'enfant se présente par le sommet. C'est le cas de toutes les observations rapportées ici, sauf la première, où il s'agit d'un siège.

Un kyste dermoïde de l'ovaire n'est pas fatalement une cause de dystocie. Si la tumeur est de petit volume, munie d'un long pédicule et libre d'adhérences ; si l'utérus, en se développant et en s'élevant au-dessus du détroit supérieur, a repoussé la tumeur dans la cavité abdominale et l'a rejetée sur un des côtés, l'accouchement spontané est encore possible, le travail sera seulement retardé (24, 36, 48 heures dans les diverses observations), l'inclinaison latérale de l'utérus étant une cause de troubles pour les douleurs, qui deviennent irrégulières, mais finissent cependant par aboutir. La femme d'Olshausen (Obs. XVI) avait eu cinq accouchements antérieurs normaux, malgré la présence d'un kyste dermoïde.

Mais si la tumeur dermoïde, déjà très résistante par elle-même, est de volume assez considérable ; si des adhérences ont produit l'enclavement du kyste dans le cul-de-sac postérieur, le kyste se trouve ainsi devant les voies que le fœtus doit traverser, l'entrée du détroit supérieur est obstruée ou considérablement rétrécie, l'engagement et la descente de la partie fœtale sont impossibles, l'accouchement spontané ne se fera pas. Il se passera alors ce qui se passe dans tous les cas de dystocie invincible, quelle que soit la cause à invoquer ; les accidents les plus graves pour la mère et le fœtus pourront se produire : rupture utérine, procidence du cordon, mort de l'enfant, comme dans le cas d'Hergott, publié dans la thèse de Bertholet, Lyon 1896 : (Kyste dermoïde du ligament large ; accouchement impossible ; putréfaction du fœtus ; opération césarienne ; mort).

D'autres fois, malgré une apparence d'impossibilité absolue, l'accouchement sera possible grâce à certaines modifications que les efforts du travail font subir au kyste.

Nous étudierons quelques faits de ce genre sous le titre de :

IV. — Influence du travail sur le kyste dermoïde

1° *Aplatissement de la tumeur.* — Sous l'effort des contractions utérines, la tumeur dermoïde a pu s'aplatir entre les parois du bassin et la présentation pour permettre au fœtus de descendre. Nous n'avons trouvé qu'un exemple de ce fait ; nous le rapportons ici :

Observation VI

(Rémy, page 90).

« Pauline O..., 24 ans, célibataire, domestique, entre à la Maternité le 18 janvier 1880, à la salle d'accouchements, le 26 janvier 1881, à 6 heures du soir.

Secondipare, a eu un enfant du sexe féminin, né spontanément et à terme. Dernières règles du 15 au 20 mai 1880. Les accidents qui ont accompagné la grossesse sont de la rachialgie, des vomissements bilieux et alimentaires, des épistaxis, des éblouissements.

Cette femme présente une tumeur assez dépressible, siégeant dans le cul-de-sac péritonéal postérieur, accessible par le toucher vaginal, et surtout par le toucher vaginal et rectal combinés. De cette manière, on peut l'embrasser entre deux doigts et constater que son volume

était celui du poing. Quant à sa consistance, la tumeur était passablement dépressible.

Les premières douleurs apparurent le 26 janvier 1881, à 3 heures du matin, et l'état de l'orifice à son entrée dans la salle était comme la paume de la main. La rupture des membranes eut lieu le même jour, à 11 heures du matin. Malgré les contractions de l'utérus, lesquelles étaient assez énergiques, la dilatation ne fut complète que le 27 janvier 1881, à 2 heures 10 du matin (23 heures de douleur). Alors la tête s'engagea, *la tumeur s'aplatit*, de sorte qu'elle ne mit aucun obstacle au dégagement du fœtus.

Cette femme accoucha donc spontanément le 27 janvier 1881, à 2 heures 20 du matin, d'un garçon du poids de 3.310 grammes, en OIGA. La délivrance fut naturelle, moins d'une heure après.

Après la délivrance, on constata de nouveau la présence de la tumeur à la partie supérieure du vagin. Le lendemain, l'état de la malade devient très mauvais. La malade passe en médecine et succombe le jour suivant.

A l'autopsie, on trouva l'ovaire droit sain. L'ovaire gauche a le volume d'une grosse orange. Il est situé en arrière et un peu à gauche de l'utérus, dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Cet ovaire est transformé en un kyste dermoïde dont *la paroi est épaisse et intacte*. Le contenu est très épais, et il est constitué par des matières sébacées mélangées d'os et de poils.

Pus dans le péritoine ».

Cette dernière constatation est à retenir ; elle montre que, même dans les cas de terminaison spontanée, le danger n'est pas toujours localisé au seul moment du travail. Par suite de ce laminage, de ces efforts de passage à frottement dur, la séreuse voisine peut devenir le siège

d'une suppuration. Notons aussi la dépressibilité de la tumeur, qui lui permet de s'effacer contre les os du bassin.

2° *Ascension du kyste.* — Dans d'autres cas, ce n'est pas par aplatissement, mais par *glissement* du kyste que la filière pelvienne se trouvera dégagée. Ribemont, dans son traité, indique les conditions indispensables à la réduction spontanée de la tumeur : « S'ils ne sont pas adhérents, s'ils possèdent un pédicule assez long, les kystes dermoïdes remontent quelquefois au-dessus du détroit supérieur, dans les derniers temps de la grossesse et au moment du travail ». Le fait se rencontre plus souvent avec les kystes séreux, qui, devenus abdominaux, ont conservé un diverticulum pelvien. Cocard en rapporte un exemple (thèse de Paris, 1896), où il put suivre « au fur et à mesure que le travail avançait, le mouvement ascensionnel du kyste et l'engagement progressif de la tête, de telle sorte qu'au moment de l'accouchement, le kyste était tout à fait dans le flanc gauche et en arrière. » Avec les kystes dermoïdes, la réduction ne se fera d'ordinaire bien, que si elle a été favorisée d'abord par quelques manœuvres de refoulement. C'est ce qui se passa dans le cas que nous empruntons à Duchesnau (*Archives de tocologie*, septembre 1891).

Observation VII

« Rosalie P..., 21 ans, entre à la Maternité le 4 juin 1891.

Elle raconte avoir fait, il y a deux ans, une chute d'un lieu élevé, à la suite de laquelle elle aurait ressenti de très vives douleurs dans le ventre. Elles revinrent 6 mois après,

mais n'ont pas reparu depuis cette époque, mars et septembre 1889.

Elle n'accuse aucun autre antécédent du côté du ventre et déclare s'être toujours bien portée.

Réglée à 16 ans, toujours régulièrement avec un peu de fatigue chaque fois. Jamais de pertes dans l'intervalle des époques. Jamais de pertes blanches, jamais de retard un peu prolongé des règles. Les dernières ont été le 20 septembre et ont duré comme d'ordinaire 4 ou 5 jours. Elle ne peut indiquer la date des premiers mouvements ; elle entre le 4 juin 1891. On n'aurait rien remarqué de particulier. Elle dit avoir commencé à avoir des douleurs dans la nuit du jeudi au vendredi 10 juillet. Le vendredi 10, à 4 heures de l'après-midi, elle aurait rendu les eaux, dit-elle. Le samedi soir, à 6 heures, le col est tout à fait refoulé en avant, accolé à la face postérieure du corps du pubis à gauche. Pas d'engagement. La tête en OIGA est à cheval sur la branche horizontale du pubis à gauche et proémine fortement à l'extérieur. Le dos regarde à gauche et en avant ; les petites parties sont à droite ; le col est perméable au doigt.

Les douleurs étaient faibles, peu fréquentes, la dilatation très peu avancée. Le col mou, effacé, était cependant facilement perméable à l'index. L'état des choses resta stationnaire du samedi 6 heures au dimanche 12 au matin.

A 10 heures, un nouvel examen fait constater l'existence d'une tumeur volumineuse, rénitente, molle, située en arrière et à droite de la tête et engagée en partie dans l'excavation. Cette tumeur n'avait pas été remarquée la veille. Cela me parut être un obstacle absolu à l'accouchement spontané. On décida la ponction de la tumeur. La ponction ne donna issue à aucun liquide ; mais, en refou-

lant avec le trocart ce qui avait pénétré dans la canule, on constata l'existence d'une matière gris jaunâtre, onctueuse. En conséquence, on porta le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire. On hésita entre la ponction du kyste avec un très grand trocart et le simple refoulement de la masse au-dessus du détroit supérieur. Finalement on résolut de tenter cette dernière manœuvre, ce qui fut fait sous l'anesthésie chloroformique. Ce refoulement fut laborieux. Pour le maintenir on décida d'introduire dans le vagin un pessaire Gariel; il détermina de vives douleurs et des contractions utérines.

Vers 6 heures du soir, nouvel examen; on trouve le col un peu dilaté, à deux travers de doigt environ, mais sous forme de fente transversale, il est toujours caché derrière la symphyse; il y a peu ou pas d'engagement. A neuf heures du soir le col est dilaté à trois travers de doigt. Le Docteur Loison pense qu'il serait possible d'appliquer le forceps ou de faire la section. Toutefois, comme il y a commencement d'engagement, comme la tumeur paraît avoir beaucoup moins de tendance à plonger dans l'excavation, on se décide à attendre. Les douleurs étaient devenues de plus en plus fortes à partir de la réduction du kyste. A minuit, en effet, le col est dilaté à trois grands travers de doigt, l'engagement est notable, les contractions sont fréquentes et énergiques. Dans ces conditions, on enlève le pessaire. L'accouchement eut lieu tout à fait spontanément à deux heures du matin. Enfant mort, mesurant 49 cent., pesant 2.210 grammes. Suites de couches à peu près normales».

« Le retrait d'une tumeur ainsi placée, dit Olshausen, (Die Krankesten der Ovarien, ch. VIII, p. 99), ne se comprend que par la structure kystique et la possibilité qu'il

y a d'un changement de forme lorsque la paroi est souple ou molle. Nous pouvons comparer ce phénomène au passage d'une grosse tête hydrocéphalique, qui, sans se rompre, peut passer, à notre surprise, à travers un canal pelvien plus petit que la tête ».

3° *Rupture de la tumeur.* — Enfin, la tumeur, trop consistante pour s'amoindrir ou retenue par des adhérences trop courtes, pourra devenir le siège d'un *éclatement* sous l'influence des contractions utérines qui la compriment contre les plans résistants du bassin ; c'est la rupture du kyste. Pareil accident est peut-être plus fréquent avec les kystes dermoïdes qu'avec n'importe quelle autre variété de kyste. Les os, les dents qu'ils contiennent peuvent, en effet, presser sur la paroi, et leurs surfaces aiguës contribueront à amener le percement, la déchirure. Les parties de la coque dépourvues de plaques à tissu résistant sont les lieux de moindre résistance tout indiqués pour la fêlure. L'exemple d'Opitz rapporté plus haut (obs. IV) nous a montré comment le contenu pouvait s'évacuer dans l'intestin.

D'autres fois, c'est sur toute l'étendue de la cavité abdominale que le contenu s'est répandu, que la rupture ait lieu spontanément ou après une application de forceps. Nous trouvons un exemple de chacune de ces éventualités dans le *Monatschrifft fur Geb. und Gynec.*, Bd. 11, Hft 1.

Observation VIII

(Wertheim)

« Tumeur du petit bassin empêchant la descente de la tête fœtale. Tentatives de refoulement dans la position genu-pectorale et sous le chloroforme restées sans résul-

tats. Ponction par la paroi postérieure du vagin. Après que la tumeur eut été ainsi considérablement diminuée de volume, il fut facile d'extraire la tête avec le forceps. Mort de la femme, après 18 heures, par péritonite. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une tumeur dermoïde dont le contenu recouvrait toute la cavité abdominale. »

Observation IX

(Braun)

« Femme enceinte, ayant un kyste dermoïde de l'ovaire. La laparotomie est refusée par la femme. L'accouchement eut lieu spontanément, mais il survint une péritonite et l'autopsie démontra que le contenu du kyste s'était répandu dans toute la cavité abdominale. »

4° *Rupture du vagin.* — L'effet de la pression s'étend quelquefois au-delà de l'enveloppe kystique. C'est la paroi même du vagin qui cède sous l'effort de la contraction utérine s'exerçant contre une tumeur particulièrement dure. « La partie fœtale qui tend à s'engager, dit Ribemont, repousse le kyste devant elle, et on a cité des cas où la pression du fœtus sur la tumeur a été telle que celle-ci a rompu le plancher périnéal, la paroi postérieure du vagin, une partie de la cloison recto-vaginale, puis est sortie par l'anus, suivie ou non du fœtus. » Le cas de Lomer est cité partout (*Arch. de Gynécologie*, 1882). « Le travail durait depuis plus de trente heures. Harting alla chercher la tête retenue au-dessus du détroit supérieur, en se servant d'un forceps à longues branches. Au moment où la tête s'engageait dans l'excavation pelvienne, une tumeur remplie de liquide et de cheveux sortit par une fente du vagin ; l'enfant vint alors, il était mort. »

Autre cas rapporté par Treub à la Société d'Obstr. et Gynéc. de Paris, p. 157, 1898 :

Observation X

« Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Tumeur proéminant fortement dans le vagin ; refoulant particulièrement la paroi vaginale postéro-latérale droite. Le médecin qui communiqua cette observation à Treub intervint avec le forceps, et, au cours de l'extraction pénible, vit tout à coup la tumeur s'échapper par le vagin. C'était une tumeur dermoïde. »

Dans un cas analogue de la *Rivista d'obstr et gynecol.*, 1890, n° 25, ce ne fut que dans les suites de couches que la paroi vaginale nécrobiosée s'élimina.

Observation XI

« Une femme de 40 ans, mère de huit enfants, fut apportée à l'hôpital dans un état fébrile. Le fœtus était mort. La tumeur, d'une dureté osseuse, incarcérée, permit juste assez d'espace pour qu'on pût extraire le produit par la perforation et la cranioclasie. Un grand lambeau de la paroi vaginale postérieure fut éliminé par nécrose et laissa à nu la tumeur ossifiée. Celle-ci, de la grosseur d'une tête d'enfant, fut, un mois après l'accouchement, extraite facilement par l'ouverture agrandie encore artificiellement de la paroi vaginale postérieure. »

V. — Influence du kyste dermoïde sur la délivrance et les suites de couches

Les accidents provoqués par la présence d'un kyste dermoïde ne finissent pas avec l'expulsion du fœtus. L'enfant né, reste le délivre, dont l'évacuation peut encore être empêchée ou retardée. En effet, quand le kyste a pu, grâce à la longueur du pédicule ou à sa laxité, être repoussé au-dessus du détroit supérieur, il restera abdominal tant que l'utérus sera comblé par la présence du fœtus. Mais au moment de la brusque sortie de l'enfant, la masse utérine se trouve fortement réduite tout à coup ; l'aire du détroit supérieur n'est plus totalement obstruée, et la tumeur, glissant dans l'espace laissé libre, pourra de nouveau retomber dans le bassin et empêcher la sortie du placenta en comprimant le segment inférieur de l'utérus. D'où nécessité d'intervenir comme dans le cas de Chrobak que voici (Société d'obstr. et de gynéc. de Vienne, 13 nov. 1894) :

Observation XII

« Femme VIIIpare, entrée à la clinique le 8 octobre. Les douleurs ont commencé depuis trois jours. Malgré l'intensité des contractions, l'accouchement ne se termine pas. Le matin de l'entrée dans le service, rupture de la poche des eaux.

Les mensurations extérieures montrent que le bassin est normal. Par l'exploration interne, on constate que la

cavité pelvienne est fortement diminuée par une tumeur qui semble tenir au sacrum et dont le point le plus saillant est à 9 c. 1/2 de l'extrémité inférieure de la symphyse pubienne. O I G A. La tumeur présente une consistance osseuse avec des parties fluctuantes. Par le toucher rectal, on se rend compte que cette tumeur n'appartient pas au sacrum, mais s'est développée entre le vagin et l'intestin dans l'espace de Douglas.

Refoulement de la tumeur sous le chloroforme. Une demi-heure après, accouchement d'un enfant vivant et bien portant de 3.250 grammes; suites de couches normales.

Le 30 octobre, 22 jours après l'accouchement, on pratique la laparotomie, *la tumeur gênant l'évolution de l'utérus et l'empêchant de reprendre sa place dans l'excavation.*

Suites opératoires apyrétiques. — L'examen de la tumeur montre qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde ».

Si cette rechute du kyste dans le petit bassin ne se produit qu'après l'expulsion du délivre, elle peut encore à ce moment gêner l'involution utérine, occasionner une rétention des lochies. Hecker a même vu la tumeur s'engager dans le canal crural et donner lieu à des phénomènes d'étranglement.

En dehors de ces cas exceptionnels, des accidents d'un autre genre, mais tout aussi graves, peuvent marquer la puerpéralité. La durée plus longue du travail, la nécessité, plus fréquente des interventions exposent les sujets porteurs de kystes dermoïdes aux accidents de l'infection, de la septicémie. D'autre part, l'utérus bridé par des adhérences qui l'unissent à la tumeur ne se rétractera pas ou se rétractera mal : d'où les hémorragies après la délivrance.

Toute la région voisine, malaxée, contusionnée, comme laminée par le passage des parties fœtales, va devenir le siège de congestion, d'inflammation ; le péritoine peut s'enflammer.

Le kyste lui-même, tiraillé en tous sens, meurtri dans sa paroi, pourra devenir un foyer de purulence. Sa mortification, sa gangrène ont été observées : « La suppuration, dit Vinay, est surtout à craindre pour les kystes dermoïdes, en raison de leur siège habituel dans le petit bassin où ils subsistent mieux que les kystes abdominaux, les conséquences des traumatismes de l'accouchement ». Cette suppuration avait même entamé la paroi de l'intestin dans l'observation d'Opitz, rapportée plus haut où le pus développé dans la poche dermoïde s'évacua par le rectum.

VI. — Influence de la délivrance et des suites de couches sur le kyste dermoïde

Enfin, de même que pour les tumeurs de sièges et de contenus divers, un traumatisme est quelquefois la cause déterminante, qui d'un néoplasme bénin fera une tumeur maligne, de même il peut arriver que la compression forcée subite par un kyste dermoïde pendant l'accouchement soit le coup de fouet décidant de son évolution vers la malignité.

Pozzi insiste surtout sur la généralisation possible de la tumeur : « Un kyste dermoïde peut devenir le point de départ d'un épithélioma, susceptible lui-même de s'étendre à l'utérus, à l'épiploon, au duodénum, au foie, à la rate, au poumon ». Leguen rapporte les faits d'Olshausen,

Krukemberg, Tauffier, qui ont noté la dégénérescence des kystes dermoïdes en néoplasmes malins et il en conclut que tout kyste de l'ovaire « est, si l'on peut dire, en équilibre instable entre la bénignité et la malignité ».

Enfin, tous les accidents que nous avons notés pendant la grossesse et le travail : torsion du pédicule, rupture, hémorragies, suppuration, peuvent se reproduire après la délivrance. « Sur 9 cas de torsion du pédicule, dit Pozzi, les phénomènes aigus commencèrent après un accouchement ou un avortement... J'ai même observé un cas où toutes les lésions et les accidents occasionnés par la torsion progressive du pédicule avaient succédé à une grossesse pendant laquelle le kyste avait contracté des adhérences avec la partie supérieure de l'excavation » (*Annales de Gynécologie*, L. XXXIII, p. 252)

En résumé, les conséquences fâcheuses qu'entraîne la cœxistence d'un kyste dermoïde et d'un utérus gravide s'étendent à tous les moments de la grossesse, depuis la conception jusqu'après les suites de couches, avec manifestations surtout fréquentes au moment du travail; c'est dire tout l'intérêt qu'il y a pour l'accoucheur à dépister de bonne heure l'existence d'une tumeur de cette nature. Ce diagnostic, comment arrivera-t-on à le poser ? C'est ce que nous allons maintenant essayer de résoudre en reprenant une à une les causes d'erreur que nous voyons relatées dans les diverses observations.

DIAGNOSTIC

Trois questions se posent à l'accoucheur : Y a-t-il grossesse ? Existe-t-il une tumeur concomitante ? Quelle est la nature de cette tumeur ? Duplay et Reclus *(Traité de chirurgie*, p. 379) insistent sur la difficulté du problème : « S'il est parfois difficile de distinguer un kyste ovarien d'une grossesse, il est non moins délicat de reconnaître la coexistence d'un kyste et d'une grossesse. Alors même qu'on arrive au diagnostic de la coexistence d'une grossesse utérine et d'une autre tumeur, la nature de celle-ci peut encore rester problématique, et l'erreur la plus commune consiste à confondre la tumeur ovarique avec une grossesse ectopique. » Dans un cas semblable, c'est à une grossesse extra-utérine que pensa d'abord le professeur Hergott dans l'observation que nous transcrivons à la fin de ce chapitre. Ce n'est qu'en constatant à travers le col « une tumeur molle, lisse, fluctuante, qui semble indépendante de l'utérus et appartenir au fœtus » que l'hypothèse de grossesse extra-utérine put être écartée.

D'autres fois, la tumeur a fait croire à une grossesse qui n'existait pas. « Pour ne pas prendre un kyste pour un utérus gravide, dit Pozzi *(Traité de gynécologie*, 3e éd., p. 83), il ne faut jamais s'en tenir aux signes de probabilité, mais rechercher les signes de certitude. On doit se souvenir que l'aménorrhée, le gonflement des seins et

même une fausse sensation subjective de mouvements fœtaux (produite par les borborygmes) peuvent exister dans les tumeurs de l'ovaire. La perception de ces mouvements et l'audition des bruits du cœur, la détermination des parties fœtales trancheront le diagnostic. »

Les symptômes qui traduisent la présence d'un kyste dermoïde varient suivant qu'il siège dans l'abdomen ou dans l'excavation. Si le kyste est abdominal, tumeur et utérus gravide sont juxtaposés dans l'abdomen, se touchant par leur face latérale; un sillon de séparation pourra se sentir entre les deux. « Mais, dit Vinay, les causes d'erreur sont nombreuses. L'abdomen peut être fortement distendu, les parois sont souvent épaissies, si bien qu'il est presque impossible de délimiter les masses qui s'y trouvent. On peut croire qu'il y a grossesse avec hydramnios ou grossesse gémellaire. » C'est dans la pensée qu'il avait affaire à un produit de conception double que le médecin traitant avait appelé M. le professeur Puech dans notre observation du début. C'est ici surtout que l'examen sous le chloroforme pourra donner aide à l'accoucheur en lui permettant de mieux délimiter les parties.

Avant cet examen, on aura soin de vider les réservoirs rectal et vésical pour éviter les confusions grossières avec une tumeur formée par les matières stercorales ou la réplétion de la vessie. On n'oubliera pas d'interroger sérieusement la malade. M. le professeur Puech y insiste avec raison (*Gazette des Hôpitaux*, 3 août 1895, nº 90, p. 895).

« L'anamnèse donnera des renseignements importants. Dans le cas de kyste dermoïde confirmé avant la grossesse, il y a quelquefois des hémorragies, le plus souvent des irrégularités menstruelles, de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée ». Elles sont notées dans toutes les observations que nous rapportons. On mesurera le bassin pour

ne pas croire que le retard du travail vient d'un rétrécissement de la ceinture pelvienne.

Si le kyste évolue dans l'excavation, les causes d'erreur ne sont pas moins nombreuses. D'abord, il peut passer inaperçu jusqu'au moment du travail (cas de Duchesnau, Obs. VII), étant donné son petit volume et le peu de réactions qui marquent sa présence. Des phénomènes de tension dans le petit bassin, des douleurs lombaires et surtout sacrées plus marquées et plus vives, la miction, la défécation gênées ou arrêtées, donneront l'éveil à l'accoucheur qui assurera son diagnostic par le toucher rectal et vaginal combinés. La position genu-pectorale pourra rendre des services en dégageant le détroit supérieur. La présence d'une tumeur fluctuante en arrière de l'utérus lèvera tous les doutes en montrant son indépendance vis-à-vis des parois utérines.

Les kystes dermoïdes étant particulièrement consistants pourront donner le change avec une tumeur fibreuse (cas d'Hergott), simuler parfois une exostose du bassin comme dans le cas de Chrobak (Obs XII) : « La tumeur semblait appartenir au sacrum ». C'est surtout au moment du travail que la confusion avec un fibrome est possible. En effet, sous l'influence de la contraction utérine, la paroi du kyste se tend plus fortement, tandis que l'état gravide ramollit la tumeur fibreuse jusqu'à la rendre presque fluctuante. Un bon signe différentiel entre un fibrome et un kyste, c'est la diminution de la consistance du kyste dans l'intervalle des douleurs.

Dans un cas de kyste à matière sébacée, Fochier arriva au diagnostic par la sensation que la tumeur donnait au doigt d'une poche incomplètement remplie de mastic et gardant l'empreinte qu'y creusait la pression. Il assigne comme caractères habituels et suffisants des

kystes dermoïdes aux cas de grossesse : la rénitence, l'inégalité de consistance et l'ancienneté de douleurs. Ce sont bien là, en effet, des particularités mises en relief dans toutes les relations de kystes dermoïdes. Seront-elles toujours suffisantes ? Dans bien des cas, il faut l'avouer, l'hésitation n'a pu être levée que par la ponction exploratrice.

Pour résumer cette question difficile du diagnostic, nous rapporterons l'observation suivante d'Hergott, intéressante par la façon dont il expose la suite d'hypothèses qu'il eut à formuler et à rejeter successivement pour arriver à conclure que la tumeur était bien un kyste dermoïde.

Observation XIII

Hergott. — Extrait de la *Revue médicale de l'Est, 1899.*

« Le 1er août 1899, on amène à la Maternité de Nancy une femme de 37 ans, Mme F..., en travail depuis 24 heures.

Cette malade, primipare, quoique mariée pour la seconde fois, est grande et bien constituée.

Menstruée à l'âge de 16 ans, elle le fut régulièrement jusqu'à 31. Depuis trois ans ses règles sont moins abondantes et moins périodiques.

Elle ne peut préciser la date de sa dernière menstruation. Pendant les premiers mois de la grossesse, elle eut quelques troubles stomacaux ; dans les derniers, la miction devient fréquente et douloureuse. Léger œdème au niveau des malléoles. A l'auscultation de la poitrine, on trouve la respiration normale, mais les bruits du cœur sont mal frappés et le pouls est irrégulier.

Elle nous dit qu'elle ressent des douleurs abdominales depuis une quinzaine de jours, mais que le travail ne s'est.

en réalité, déclaré que depuis la veille. Le fond de l'utérus dépasse l'ombilic de six travers de doigt ; il est incliné à droite. Le fœtus se présente par le sommet, mais la tête n'est pas engagée, et quand on l'applique contre la colonne vertébrale, elle déborde à peine le rebord de la symphyse.

Le dos est à gauche, les battements s'entendent nettement de ce côté. Jusqu'alors, rien ne nous expliquait le motif pour lequel le travail n'aboutissait pas ; mais, par le toucher, nous trouvons une volumineuse poche des eaux qui pénètre dans la cavité vaginale, à travers un col souple, transversalement dilaté, refoulé en avant et en haut, derrière la symphyse pubienne, par une tumeur située dans le cul-de-sac postérieur. Cette tumeur rénitente et molasse obstrue presque complètement l'excavation, surtout en arrière et à droite. En pratiquant le toucher rectal, on remarque que cette tumeur n'a aucune connexion avec les parois du bassin. Elle est située en avant du rectum ; elle est arrondie et dépressible comme le serait l'extrémité pelvienne d'un fœtus à terme.

Les contractions utérines devenant de plus en plus énergiques, la poche des eaux arrive à la vulve qu'elle entr'ouvre, puis elle se rompt spontanément donnant issue à un liquide jaunâtre mais non fétide.

On ausculte ; les battements fœtaux sont réguliers. On touche, il n'y a pas de procidence. On parvient moins difficilement à atteindre la tête, quoiqu'elle demeure toujours élevée. La suture sagitalle est transversale ; la grande fontanelle seule est perçue à droite. La tête n'est pas fléchie, la fontanelle est inaccessible à gauche.

Quelle est la nature de cette tumeur qui obstrue ainsi l'excavation et rend l'accouchement impossible ? Au premier abord, j'avais cru reconnaître une tumeur fibreuse assouplie par la gestation. Mais, en l'examinant attenti-

vement, j'avais constaté que cette tumeur, qui était arrondie et légèrement bosselée, était inégalement dépressible, de consistance et de résistance variables suivant le point exploré. Aussi étais-je hésitant entre une tumeur fibro-kystique et un kyste dermoïde à contenu épais, comme cela s'observe fréquemment dans ces sortes de néoplasmes.

Ce n'était pas une tumeur liquide. En effet, examinée pendant les contractions et en dehors de celles-ci, les sensations perçues étaient restées les mêmes. Il n'y avait pas ces alternatives de fluctuation et de tension que l'on observe pendant le travail dans les tumeurs liquides de l'ovaire, ainsi que Cazeaux déjà le faisait si justement remarquer (*Traité pratique de l'art des accouchements*, 9me édition, Paris, 1871). »

Le reste de l'observation est consacré à la discussion du mode d'intervention à mettre en œuvre. Nous y ferons de fréquents emprunts dans la question du traitement que nous allons maintenant aborder.

TRAITEMENT

La question du traitement doit être envisagée à deux points de vue différents, suivant que l'accoucheur constate la présence d'un kyste dermoïde pendant l'évolution de la grossesse ou qu'il ne voit la malade qu'à la période du travail.

I. — Conduite à tenir pendant la grossesse

Quand la grossesse évolue sans accidents fâcheux, quand la présence du kyste ne donne pas lieu à des accidents de compression, quand il n'existe pas de menaces de péritonite par rupture du kyste ou torsion du pédicule, il semblerait qu'on peut s'en tenir à l'expectation. Mais qui garantit que des accidents ne se produiront pas d'ici au terme de la grossesse ? Où trouver l'assurance que le travail ne sera pas compromis ? Il faudra intervenir alors et les difficultés de l'opération se seront accrues de ce long retard.

Presque toutes nos observations relatent la présence d'adhérences nombreuses et solides, sources d'ennuis et de complications, sinon causes d'impossibilité d'extraction. Tandis qu'en opérant plus tôt, ces bandes fibreuses,

d'abord cellulo-conjonctives, n'auraient pas eu le temps d'acquérir un pareil degré de résistance. Même au cas bien rare où grossesse et travail auront évolué sans accidents, l'extirpation de la tumeur s'imposera après la délivrance, et n'est-il pas plus rationnel alors, opération pour opération, de faire bénéficier la malade d'une intervention précoce qui assurera le libre jeu de la parturition ? « Nous considérons l'expectation comme une méthode d'exception, écrit Vinay, et mieux vaut intervenir. »

Mais à quel genre d'intervention aura-t-on recours ? Provoquera-t-on l'avortement, l'accouchement prématuré ? Se contentera-t-on d'une ponction suivie ou non d'une incision vaginale ? Est-ce à une ovariotomie qu'on se résoudra ?

L'avortement pour kyste de l'ovaire n'est plus guère pratiqué aujourd'hui, puisqu'il sacrifie du même coup une des deux vies en cause, celle de l'enfant. A une période peu avancée de la grossesse, il n'est pas toujours sans danger. L'avortement, s'il écarte les dangers immédiats courus par la mère, laisse la tumeur évoluer.

C'est donc sur le kyste qu'il faut agir, en prenant toutes les précautions opératoires possibles pour permettre la continuation de la grossesse.

Quelques auteurs conseillent la ponction pendant la grossesse. C'est un moyen qui sera à la fois insuffisant et dangereux, dans l'espèce particulière de kyste que nous considérons. « Quand nous aurons rappelé, dit Rémy, qu'on trouve dans l'intérieur du kyste des os, des dents, du tissu cartilagineux, nous aurons montré que certains de ces kystes peuvent jouer le rôle de tumeur solide sur lesquelles la ponction restera sans effet. » C'est ce qui arriva dans le cas de Duchesneau (Obs. VII) et de Spencer Vels (Obs. XVI), où la ponction ne donna issue à

aucun liquide. Inutile encore parce qu'on a vu la poche se refermer, le contenu se reproduire.

Elle est dangereuse parce qu'une faute contre l'asepsie peut transformer la poche en foyer de suppuration. De plus, la position de la tumeur par rapport à l'utérus gravide n'est pas toujours facile à reconnaître, et le trocart, surtout si la ponction est pratiquée à travers la paroi abdominale, pourra blesser l'utérus gravide.

Nous rejetterons donc la ponction du kyste dermoïde, au moins comme moyen curatif pendant la grossesse.

C'est à l'extirpation du kyste qu'on aura recours par la voie vaginale ou par la voie abdominale L'ovariotomie vaginale a peu séduit les opérateurs. Nous la voyons employée seulement deux fois dans nos observations, une fois par Jacobs (kyste de l'ovaire opéré par la voie vaginale, application de pinces sur le pédicule, guérison en quelques jours, accouchement à terme), une autre fois par Braun dans les circonstances que voici.

Observation XIV

(Braun. — *Monatss. f. Geburt u. Gynec*, 1900)

« Femme de 38 ans, VIIIpare, 5e mois de la grossesse, extirpation d'un kyste dermoïde de la grosseur du poing par la voie vaginale ; malgré une hémorragie, guérison sans trouble de la grossesse».

Malgré les succès de ces deux cas, il nous semble que l'ovariotomie abdominale restera l'opération de choix dans la majorité des faits. Sans doute, en cas de nécessité, en présence du manque d'aides ou de précautions antiseptiques possibles, dans un milieu isolé, septique, c'est à

l'opération vaginale moins longue, plus facile, qu'on aura recours. Mais toutes les fois que ce sera possible, c'est à l'incision abdominale qu'on donnera la préférence : elle donne plus de jour, permet de mesurer toute l'étendue des lésions, en un mot elle agit plus radicalement et plus complètement.

On n'oubliera pas, pour diminuer les chances d'avortement, de soumettre la malade à l'opium et au viburnum à haute dose.

Si nous en croyons notre statistique, l'avortement prématuré serait l'exception. Dans les 22 cas d'ovariotomie que nous avons relevés, nous ne trouvons que deux cas d'avortement, et encore faut-il considérer l'âge avancé de la grossesse au moment de l'opération (5e et 7e mois). L'ovariotomie abdominale demande donc à être pratiquée dans les premiers mois. Quant à la vie de la mère, la statistique est plus rassurante encore, puisque sur 22 interventions il n'y a pas un seul cas de décès à regretter. A peine quelques guérisons un peu lentes à signaler.

II. — Conduite à tenir pendant le travail

Mais l'accoucheur a pu n'être appelé qu'au moment du travail. Que doit-il faire en présence d'un kyste dermoïde entravant la descente du fœtus ?

Si le kyste est intra-pelvien, c'est à des manœuvres de refoulement qu'il s'adressera tout d'abord. Il fera mettre la femme dans la position génu-pectorale, qui a permis, dans certains cas, le désenclavement d'une tumeur restée intra-pelvienne tant que la femme gardait le décubitus

dorsal. « On introduit deux et même quatre doigts dans le vagin ou le rectum et on repousse doucement la tumeur au-dessus du détroit supérieur (Vinay). » Ces manœuvres sont douloureuses et demandent à être faites sous le chloroforme.

L'anesthésie permettra, en même temps, le relâchement des muscles abdominaux, dont la contraction pourrait gêner le refoulement. On n'insistera qu'avec douceur, se rappelant les faits trop nombreux où pareils essais de réduction ont été suivis d'hémorragie, de rupture, de torsion du pédicule.

Si la réduction de la tumeur est impossible à obtenir ou à maintenir, c'est à la ponction vaginale qu'on aura recours. Etant donnée la consistance particulière du contenù, la ponction devra être, dans l'espèce, entourée de certaines précautions que Fochier recommande dans le *Lyon Médical* du 4 juillet 1896. On chauffera le trocart avant de ponctionner le kyste dermoïde et on le maintiendra chaud avec des linges imprégnés d'eau à 50°, de façon à lui donner une température au moins égale à celle du corps, 37°, sinon, la graisse, maintenue à l'état liquide dans la poche par la chaleur intérieure, se coagulera en arrivant dans le trocart dont les parois sont froides.

La ponction, même entourée de ces utiles précautions, ne donnera pas toujours une diminution suffisante du volume de la poche. Si le kyste dermoïde contient des parties dures, osselets, dents, cheveux, cartilages, l'ouverture faite par le trocart ne pourra leur livrer passage ; l'obstacle persistera.

Nous rapportons dans les différents chapitres, 8 cas de kystes dermoïdes ponctionnés au moment du travail pour permettre la sortie du fœtus. Dans 2 cas la ponction a été suivie de succès. Dans 3 cas elle est restée sans effet et n'a

permis l'évacuation du contenu qu'après élargissement de l'ouverture laissée par la canule. Enfin, dans 2 cas elle a permis l'accouchement, mais a donné lieu à des accidents de péritonite dans les suites de couches. Même dans les cas où elle a permis la terminaison de l'accouchement, la tumeur s'est reproduite quelque temps après l'accouchement, quelquefois avec grande rapidité, comme dans notre observation I.

Dans certains cas, il n'y a qu'un moyen de donner issue aux parties solides, c'est d'agrandir l'ouverture faite par la ponction ; c'est d'inciser la paroi vaginale postérieure.

Voici comment Fritsch, cité par Vinay, règle les grands points de l'opération : « La paroi vaginale postérieure est mise à découvert par le spéculum ou les valves — antiseptie minutieuse du champ opératoire — suivant la ligne médiane du vagin, incision de 4 centimètres, commençant immédiatement en arrière de la lèvre postérieure du col. Incision couche par couche ; ouverture du kyste, fixation des bords de la poche à la paroi du vagin, évacuation et nettoyage ». Une fois la poche vidée, on provoquera immédiatement les contractions utérines. Si l'accouchement tarde trop à se faire, forceps dans le cas de survie de l'enfant, basiotripsie si le fœtus a succombé : la cavité sera de nouveau largement lavée après la délivrance et deviendra, pendant les suites de couches, l'objet des soins antiseptiques les plus minutieux.

Ce mode d'intervention est bien préférable à l'emploi du forceps sans ponction. D'abord, dans plus d'un cas, le volume de la tumeur empêchera l'introduction des branches. De plus, même si on a pu saisir la présentation, le forceps chargé de la tête va produire l'éclatement du kyste dermoïde en pressant contre la paroi. (Observation VIII). Ce n'est donc qu'en présence d'un petit kyste et

d'une partie fœtale déjà engagée que l'emploi du forceps sera indiqué.

On a conseillé aussi la version, mais elle n'est pas toujours possible, et par les déplacements qu'elle va apporter dans la position de la tumeur, n'expose-t-elle pas à une rupture, à une torsion de pédicule ?

Enfin, dans le cas où l'on n'aurait pu évacuer la poche par la voie vaginale, le choix ne porte guère qu'entre la craniotomie quand le fœtus a succombé, et la laparatomie quand il est vivant. « Pour ma part, dit Pozzi, je n'hésiterai pas à faire la laparatomie pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible. L'ovariotomie lèverait l'obstacle, et l'accouchement n'aurait plus de peine à se faire. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère, que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles, et l'on a en outre, ainsi, l'avantage de sauver l'enfant ». Hergott (thèse de Berthollet, Lyon, 1891, p. 59) n'hésita pas, même dans le cas de péritonite généralisée. « C'est, dit-il, la seule chance de salut qui nous reste ».

CONCLUSIONS

1° Les kystes dermoïdes, peu gênants pendant la grossesse, sont une cause de dystocie assez fréquente à cause de leur consistance et de leur siège.

2° Leur diagnostic est entouré de grandes difficultés.

3° Leur traitement diffère selon le moment de la grossesse :

A) Pendant la grossesse : Ovariotomie aussitôt que possible, au moins avant le 6e mois ;

B) Pendant le travail : essais de refoulement.
Ponction et surtout incision vaginale.
Ovariotomie abdominale.

Dans les cas extrêmes :

a) enfant vivant : laparatomie suivie d'ovariotomie si elle est possible ; sinon, opération césarienne ;

b) Enfant mort : craniotomie ;

c) Pendant la délivrance : les kystes dermoïdes, qu'ils soient ou non le siège d'accidents pendant les suites de couches, sont justiciables de l'ovariotomie, dès que l'involution utérine est terminée.

APPENDICE

Nous rapporterons ici, à titre de pièces justificatives, les observations qui n'ont pu trouver place dans le texte :

Obs. XV. — Fischel. (Centralblatt für Gynecologie, 1899, n° 27).

Femme de 28 ans, VIpare, présente deux tumeurs libres et fluctuantes, l'une dans le cul-de-sac de Douglas, de la forme et de la grosseur du rein ; la seconde, autour de la trompe droite. Les douleurs résultant de la compression exercée par la double tumeur, cessent dès que la malade prend la position genu-pectorale. Au 3e mois, les souffrances deviennent si intolérables que la malade réclame elle-même l'opération.

Laparatomie, extraction facile des deux tumeurs. Pas d'hémorragie, pas de complications opératoires.

Les deux tumeurs furent reconnues de nature dermoïde.

Accouchement spontané et à terme.

Obs XVI. — Spencer Wells, 4 mai 1871. (Maladie des ovaires. Leipzig, 1874.)

Femme de 38 ans, 5 accouchements antérieurs. A remarqué l'existence d'une tumeur depuis l'âge de 18 ans. Il s'est écoulé 8 mois depuis le dernier accouchement. Utérus libre, augmenté de volume. Kyste dermoïde de l'ovaire droit, 3e mois de la grossesse.

Le 1 mai 1871. Ovariotomie : le kyste apparaît dans les lèvres de l'incision. Ponction, pas de liquide. De la graisse, des touffes de poils apparaissent dans l'ouverture faite par le trocart. Le kyste adhérent aux intestins et au mésentère est extirpé. Pas de pédicule. L'ovaire gauche triplé de volume est laissé en place.

Poids de la tumeur : 19 kilogrammes

Guérison sans interruption de la grossesse. Le 17 décembre 1871, après un travail de 13 heures, naissance d'une fille bien constituée.

Obs. XVII. — Schrœder (Zeitschrift für Geburth. und Gyn., 1880, Bd. V.)

Femme de 34 ans, 3e mois de la grossesse. Kyste dermoïde de la grosseur d'un demi-poignet, complètement adhérent dans le petit bassin ; énucléation, pas de pédicule, pas de ligature.

Guérison, accouchement à terme et normal.

Obs. XVIII. — Knowsley et Thornton (1886, Lancet, 20. Febr.).

Femme de 22 ans. Kyste dermoïde à droite et à gauche, 3e mois de la grossesse. *Ovariotomie double.* Guérison. Accouchement prématuré à la fin du 8e mois. Pas de complications. Enfant vivant et qui s'élève.

Obs. XIX. — Mundé (New-York, med. Journal, 1887, 6 Aug.).

Kyste dermoïde à droite et à gauche, 5e mois de la grossesse. *Ovariotomie double* très pénible, gênée par les adhérences.

Guérison, avortement 4 jours après.

Obs. XX. — Staude, 1887.

Plusieurs accouchements antérieurs normaux. Tumeur

très douloureuse à droite de l'utérus et qui semble appartenir à l'ovaire. Dernières règles en janvier 1887. A un nouvel examen on trouve, derrière l'utérus gravide de 3 mois, une tumeur de la grosseur d'un citron, un peu allongée, ne provoquant plus de douleurs, immobile et non fluctuante.

Ovariotomie au 3e mois. Libération des adhérences très difficile. Pendant les manœuvres d'extirpation, *la tumeur éclate,* il s'en écoule un contenu très dense, grumeleux, mêlé de poils. La trompe droite adhère à la tumeur. Ligature, résection. Toilette, suture de la paroi abdominale.

Guérison, grossesse normale. Accouchement à terme et normal.

Obs. XXI. — Heilbrun.

Kyste dermoïde à gauche. 3e mois de la grossesse. Péritonite.

Ovariotomie. Pédicule décrit 2 tours de spire.

Accouchement à terme et normal.

Obs. XXII. — Omori et Ikida. 25 décembre 1886 (Berliner, Klinische Wochenschrift, 1890. N° 7).

Femme de 33 ans. Cinq accouchements antérieurs. Pas de règles depuis quatre mois.

Depuis avril 1886, tumeur croissante dans le ventre. Douleurs intermittentes.

Utérus augmenté de volume et dévié à gauche.

Ovariotomie au 4e mois. Pédicule long et étroit. Tumeur facile à dégager.

Guérison et grossesse normale. Le 20 mai 1887, accouchement à terme d'un enfant sain et vigoureux.

Obs. XXIII. — Omori et Ikida, 8 mars 1887 *(Ibid).*

Femme de 39 ans, 4 accouchements antérieurs. Règles

irrégulières depuis quatre mois. 2 avortements. Depuis cinq ans, le ventre augmente peu à peu de volume.

Depuis le dernier hiver, douleur très forte dans la région iliaque droite.

Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, à droite, bosselée et très peu fluctuante.

Circonférence du ventre 87 centimètres.

Au 8e mois, ovariotomie, pas d'adhérence, pédicule. Dans la paroi du kyste, présence d'une pièce cartilagineuse ayant la forme d'un arythénoïde, touffe de poils blonds, quantité considérable de graisse.

Guérison le 28 mars, grossesse et accouchement normaux.

Obs. XXIV. — Kehrer, 2 décembre 1887 (Beitrage zur klinischen u. experim. Geburts, u Gyn.).

6 accouchements antérieurs. Depuis le dernier accouchement qui date de deux ans, douleurs dans le côté droit du ventre.

Circonférence abdominale maxima 87 centim.

Ovariotomie au 3e mois. Tumeur à droite de la grosseur de la tête d'un enfant, remplie de graisse.

Guérison. Accouchement à terme.

Obs. XXV. — Meinert. (Centralblatt f. Gynæc., 1890, N° 21).

Kyste dermoïde. Ovariotomie. Accouchement normal et à terme.

Obs. XXVI. — Spencer Wels (Obstet. Trans. XIX, p. 191), 11 décembre 1876.

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche pesant 6 kilogr.

Femme de 27 ans, secondipare, souffrances augmentant à mesure que la grossesse avance.

Ovariotomie au 7e mois. Malaise, fièvre, albuminurie pendant 15 jours, puis amélioration.

Accouchement prématuré 25 jours après l'opération dans la 28e semaine environ. Guérison, enfant vécut 26 heures.

Obs. XXVII. — Howitz (Obs. I, Thèse de Heiberg).

Kyste dermoïde à gauche de la grosseur d'une tête d'enfant.

Femme de 40 ans, multipare. Accroissement de la tumeur pendant la grossesse.

Ovariotomie le 19 août au 4e mois.

Accouchement normal à terme.

Obs. XXVIII. — Martin (Berl. Klin. Wochens., 1878, p. 224).

Femme de 28 ans. Kyste dermoïde de la grosseur des deux poings.

Au 3e mois la tumeur était *au-dessus de l'utérus et l'empêchait de monter*.

Symptômes d'avortement, donc ovariotomie au 3e mois.

Accouchement à terme.

Obs. XXIX. — Engstrom, 7 décembre 1887. (Annales de Gynécologie, octobre 1890.)

Tumeur dermoïde de l'ovaire droit.

Ovariotomie au 3e mois.

Guérison. Accouchement à terme.

Obs. XXX. — Engstrom, 12 décembre 1888.

Tumeur dermoïde de l'ovaire droit.

Ovariotomie au 4e mois.

Guérison. Accouchement à terme et normal.

Obs. XXXI. — Mederith (Obstet. Society of London, juillet 1892.)

Kyste multiloculaire à gauche avec pédicule tordu.

Kyste dermoïde à droite.

Ovariotomie double. Age de la grossesse inconnu.

Guérison. Accouchement à terme et normal.

Obs. XXXII. — Delagénière (Archives provinciales de Gynécologie, novembre 1894.)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Ovariotomie au 5e mois.

Accouchement à terme et normal.

Obs. XXXIII.— Hirst (Amer. Journal of Obstet., avril 1895, p. 224.)

Observation rapportée. Ovariotomie. Accouchement à terme et normal.

Obs. XXXIV. - Hirst (*Ibid.*).

Kyste dermoïde à gauche. Pédicule tordu. Grossesse de 2 mois.

Convalescence apyrétique

Accouchement à terme et normal.

Obs. XXXV. — Morse (Transact. of the Obstet. of London, 1898, XXXVIII, p. 221).

Rapportée par Maygrier dans la *Revue des Sc. med. de Hayem*, 1897, t. L, p. 181.

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. Tumeur demi-solide remplit l'excavation pelvienne.

Ovariotomie au 8e mois. Adhérences solides.

Obs. XXXVI (résumée).— Fochier, clinique d'accouchements, thèse de Julhiet, p. 19, Lyon 1895.

Primipare de 35 ans. Règles régulières un peu douloureuses. Pendant les deux derniers mois, douleurs dans le flanc droit.

Dilatation lente du col. Tumeur à droite dans l'excavation 15 jours après le début des douleurs. O I G T, dilatation à 7 centimètres. Bruits du cœur très affaiblis.

Refoulement impossible. Forceps et tractions. Tête ne descend pas. Ponction avec trocart maintenu chaud. Évacuation du contenu. Le forceps amène la tête avec déchirure du périnée.

Un mois après l'accouchement, réapparition d'une tumeur dans la fosse iliaque droite.

Ovariotomie. Guérison.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 17 Mai 1901.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 17 Mai 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

BERTHOLET. — Des kystes de l'ovaire du ligament large. Thèse de Lyon, 1898.

BOUILLY. — De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gynecologie,* 15 juin 1896.

Centralblatt für Gynecologie, 1886-1901.

CHARBONI. — *Rivista d'obst. et gynec.,* 1890, n° 25.

COCARD. — Traitement des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1896.

DSIRNE. — Die ovariotomie *in* der Schwangentchaft. *Arch. für Gyn.,* 1892, Bd. XLII, p. 415.

ENGSTROM. — *Ann. de Gynécologie,* octobre 1890.

FOCHIER. — *Lyon Médical,* 4 juillet 1896.

FORGUE et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VIII.

HERGOTT. — *Ann. de Gyn. et d'Obst.,* mai 1897. — *Revue médicale de l'Est,* 1899.

JULHIET. — Quelques considérations sur les kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse de Lyon, 1895.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1898.

LAROCHE. — De l'inclusion des kystes du ligament large. Thèse de Paris, 1896.

LESOURD. — Du diagnostic des kystes de l'ovaire. Th. de Paris, 1898.

LOISON et DUCHENEAU. — *Arch. de Tocologie,* 1891, p. 688.

MANGIN. — *La Gynécologie,* 15 juin 1896, p. 221.

NEPVEU. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine. *Ann. de Gynécologie,* 1875, t. IV, p. 14.

OLSHAUSEN. — Die Krankeiten der Ovarien, ch. XIII, p. 99.

Péan. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'ovaire et du bassin, t. III.

Puech. — *Gazette des Hôpitaux*, 1895, n° 90, p. 895.

Pozzi. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire, 3e éd., 1897.

Remy. — Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Rendu. — *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, 1896.

Richemont, Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1896.

Sanger. — *Centralblatt für Gyn.*, 1889, n° 31, 542.

Segond. — Traité de chirurgie, t. VIII.

Tédenat. — *Montpellier Médical*, 1900.

Terrillon et Valat. — *Archives de Tocologie*, 1886, p. 207.

Vinay. — Maladies de la grossesse, 1894.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
